Rok XXXII. Kraków, 28. Stycznia 1893. Nr. 4.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O obecnem stanowisku cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się.

ODCZYT

Dra A. Krokiewicza

na posiedzeniu jubileuszowem ku uczczeniu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Przed 26 laty — w r. 1866 ogłosił rodak nasz, Dr. Wiewiórowski, w języku łacińskim rozprawę tyczącą się patologii i terapii cholery azyatyckiej (*De cholera asiaticae pathologia et therapia. Dissertatio inaug. Berlin. klin. Woch. 1892 Nro 42*), w której zdaje sprawę z 109 przypadków, leczonych w szpitalu w Królewcu. Na podstawie przebiegu ówczesnej epidemii wypowiedział W. zdanie, że cholera rozszerza się z ognisk, że w szpitalu użyto gruntownie środków zapobiegawczych, którym jedynie przypisać należy, że nie było przypadku przeniesienia się choroby na lekarzy i służbę, że zabiegom tym za podstawę służyła ta okoliczność, iż dejekcye chorych zawierają jad choleryczny, o czem się mógł przekonać na podstawie badania drobnowidowego stolców ryżowych i doświadczeń na zwierzętach. Badając drobnowidem znachodził W. gromady wibryonów i zarodników, które stanowiły główną część dejektów, a które okazywały nadzwyczaj żywe ruchy tak, że często obraz stawał się podobnym do roju żywych komarów. Na podstawie tych badań i doświadczeń na zwierzętach wysnuł autor wniosek, że właściwy jad cholery zawarty jest w drobnoustrojach, że zakażenie choleryczne występuje wskutek dostania się tych drobnoustrojów do organizmu z pokarmami lub powietrzem — zawsze jednak przez połknięcie — i że działanie tych drobnoustrojów na przewód pokarmowy polega na właściwym rozkładzie, na wnikaniu wibryonów do przybłonków, które następnie ulegają nekrozie i odłuszczają się.

W r. 1873 Wienkowski i Lipez, badając drobnowidowo dejekcye chorych cholerycznych podczas epidemii w Sanoku, odnosili również przyczynę powstawania cholery do drobnoustrojów podobnie zachowujących się, jak to podał Wiewiórowski, i starali się w tym kierunku leczyć cholerę, aby niszczyć bakterye przez podawanie roztworu nadmanganezanu potasowego i chininu, co też dokładnie zaznaczyli w rozprawie umieszczonej w *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 45 w r. 1873 pod tytułem: „*Ueber das Verhalten der in den Darmentleerungen der Cholerakranken enthaltenen Pilze gegen Kali hypermanganicum und Chinin*".

Od tego czasu sprawa etyologii cholery azyatyckiej przycichła; opierano się tylko wyłącznie na faktach skreślonych jeszcze przez Griesingera w r. 1857 w dziele pomnikowem: *die Infectionskrankheiten* (X tom w *Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie redigirt v. Rudolph Virchow*) i nie przyznawano w ogóle znaczenia chorobotwórczego pasorzytom. Dopiero w r. 1883 t. j. od wybuchu epidemii cholerycznej w Egipcie poczęto napowrót roztrząsać kwestyę etyologiczną cholery azyatyckiej i obmyślać środki zapobiegawcze. W tym celu zwołano posiedzenie akademii lekarskiej w Paryżu w r. 1884, dwie konferencye w Berlinie w sierpniu 1884 i w maju 1885, konferencyę w Londynie zwołaną w sierpniu 1885 głównie przez sekretarza rządowego Indyj, wreszcie międzynarodową konferencyą w Rzymie w czerwcu r. 1885. Na konferencyach tych podniesiono dwa różne zapatrywania się ze względu na pochodzenie etyologiczne cholery azyatyckiej. Według jednych cholera azyatycka w każdym przypadku zostaje zawleczona z Indyj w ten sposób, iż ludzie przynoszą wraz z sobą przyrzut t. z. teorya efodystów (ἐφ' ὁδός); według zas drugich cholera azyatycka rozwija się wszędzie samodzielnie, u nas

w Europie tak samo, jak w Indyach, i występuje pierwotnie sporadycznie, jako cholera swojska w pewnych miejscowościach i następnie dopiero potęguje się w epidemią, t. zw. teorya autochtonistów (αὐτοχϑων).

Zapatrywanie się autochtonistów, zwolenników samodzielnego powstawania cholery azyatyckiej, należy już dzisiaj do historyi. Na ich czele stanął Jules Guerin w Paryżu i James Cunningham w Kalkucie. Dziś utrzymuje się w świecie naukowym jedynie zapatrywanie się efodystów, którzy znów rozpadają się na dwa wielkie obozy współzawodniczące ze sobą t. j. lokalistów i kontagionistów. Tak jedni, jak i drudzy, przyjmują zawleczenie specyficznego jadu z Indyj, gdzie cholera endemicznie panuje, lecz różnią się tem, iż według kontagionistów przyrzut choleryczny pochodzi jedynie z chorego na cholerę azyatycką i chory go też jedynie wytwarza; według zaś lokalistów chory na cholerę jak i jego dejekta nie mogą sprawić zakażenia, lecz zakażenie choleryczne sprowadzić może jedynie ziemia, która właściwie wytwarza zdolny do zakażenia zarazek. Według kontagionistów przyczyną cholery jest specyficzny prątek przecinkowy Kocha, który przenosi się z człowieka na człowieka przez wilgotne pośredniki, zwłaszcza przez wodę do picia, przez pokarmy i sprowadza cholerę przez swój rozwój w jelitach i następowe zatrucie ustroju produktami wydzielniczemi. Lokaliści zaś utrzymują, że zarodki choleryczne wytwarzają na tle miejscowej i czasowej dyspozycyi ziemi jad choleryczny, podobnie jak drożdże z roztworami cukru wytwarzają jad oszołamiającego wyskoku.

Gdy więc według kontagionistów człowiek stoi na pierwszym planie ze względu na etyologię cholery, odgrywa według lokalistów główną rolę ziemia.

Na czele kontagionistów stoi Robert Koch wraz z całą plejadą lekarzy. Wyznawcami zaś teoryi lokalistycznej jest mała garstka lekarzy wraz ze szkołą monachijską a na czele z Maksymilianem Pettenkoferem.

Od czasu wykrycia prątka cholerycznego przez Kocha i ogłoszenia teoryi kontagionistycznej cholery zawrzała też walka pomiędzy obydwoma stronnictwami a szczególniej ich przywódcami, nieraz nawet gwałtownie i namiętnie prowadzona, zwłaszcza ze strony nestora higieników, twórcy higieny doświadczalnej, profesora Pettenkofera w Monachium.

Pettenkofer, twórca teoryi lokalistycznej, opiera swe poglądy na teoryi Naegelego, który rzucił podwaliny dla bakteryologii i powstawania chorób zakaźnych w dziele swem pod tytułem: *Die niederen Pilze in ihren Beziehungen zu den Infectionskrankheiten und der Gesundheitspflege.* Według Naegelego do infekcyi zdrowych jest potrzebne koniecznie „coś“ z chorych osób, co on zwie przyrzutem (*contagium*), co jednakowo wtedy dopiero może zadziałać szkodliwie na zdrowe osobniki i wywołać u nich zakażenie, jeśli tenże przez coś innego t. j. zaduch (*miasma*) pochodzący z ziemi miejscowości zakażonej został odpowiednio przeistoczony. Gdzie jest *contagium* a brak *miasma,* tam nie powstanie epidemia cholery, równie jak i wtedy, jeśli jest *miasma* a brak *contagium.* Przyrzut (*contagium*) wydobywa się z chorego i jest według Naegelego drobnoustrojem przenośnym; zaduch zaś *(miasma)* tkwi w ziemi, jest też drobnoustrojem, który jednak nie da się przenieść. Tę teoryą zwie Naegeli dyblastyczną i przeciwstawia ją teoryi monoblastycznej, według której rozwój zarazka działającego na chorego wyłania się po za ustrojem człowieka, — w ziemi.

Naegeli uważa za rzecz pewną, że w durze brzusznym, cholerze azyatyckiej, żółtej febrze muszą koniecznie zadziałać te dwa czynniki, aby wywołać zakażenie. Jeden czynnik chorobotwórczy musi pochodzić z chorego osobnika a drugi z ziemi, przyczem nadmienia, że nie każda ziemia zdolna jest do wytworzenia istoty zaduchowej, miasmatycznej a nawet i ziemia mająca po temu bardzo wielkie warunki nie w każdej porze, lecz że jest to skutkiem czysto miejscowych i czasowych stosunków. Ze stanowiska fizyologii grzybów przypuszcza tylko dwie teorye, jako jedynie mogące wytłómaczyć powstawanie chorób zakaźnych: α) zarazek pochodzący z chorego człowieka musi przejść okres swego rozwoju w ziemi zakażonej, zanim rzeczywiście może zakazić (teorya monoblastyczna) — lub β) zakażenie ziemi sprowadza infekcyą zaduchową (miasmatyczną), bez której przyrzut (*contagium*) pochodzący z człowieka nie może się rozwinąć i stać się zdolnym do wywołania procesu chorobowego (teorya dyblastyczna).

Do tej ostatniej teoryi skłania się przeważnie jednak Naegeli a z nim i Pettenkofer w cholerze azyatyckiej.

Nie znając dokładnie czynników działających, chorobotwórczych, posługuje się Naegeli oznaczeniem ich literami x, y, z, i zestawia je w zrównanie $x+y=z$; gdzie przez x rozumie przenośny zarazek choleryczny, który sam jeszcze nie zaraża, lecz pochodzi tylko z chorych cholerycznych; przez y rozumie domniemany zarazek ziemi, który r ó w n o c z e ś n i e z x lub j u ż w p i e r w dostał się do ustroju w celu przysposobienia należytej gleby, dyspozycyi indywidualnej, nieodzownie potrzebnej do wywołania napadu cholerycznego po dostaniu się zarazka x do ustroju; przez z rozumie Naegeli napad choleryczny, który według niego jest skutkiem sumarycznego działania czynników $x+y$.

Pettenkofer, hołdując ściśle teoryi Naegelego, posługuje się również takiem samem zrównaniem do wytłómaczenia cholery, atoli według niego przez x należy rozumieć wprawdzie także przenośny zarazek choleryczny, ale taki, który sam przez się a względnie przez szerzenie się z jednych ludzi na drugich nie zaraża; przez y zaś uważa sumę miejscowych i czasowych stosunków w części znanych, w części nieznanych, których potrzeba, aby szerzący się przez obcowanie ludzi zarazek choleryczny x zmienić ilościowo i jakościowo tak, aby stal się zdolnym do zakażenia, przez co x staje się z.

Odrębnie tłómaczą powstawanie i szerzenie się cholery azyatyckiej kontagioniści z Kochem na czele. Według nich cholera powstaje pod wpływem obecności prątka przecinkowego (Kocha), który, jako taki, znajdując się w wypróżnieniach stolcowych chorego cholerycznego, zdolny jest do zakażenia zdrowych osób. Według nich ślady dejekcyi cholerycznych dostają się do studni lub wodociągu lub do mleka, lub na palec zdrowego człowieka, który, pijąc taką wodę lub mleko, lub dotykając się zwalanym palcem warg, przenosi przyrzut tkwiący w dejektach do jamy ust, skąd dalej dostaje się do żołądka i jelit i, jeśli sok żołądkowy nie jest kwaśny, rozmnaża się w przewodzie pokarmowym, wytwarza ptomainy, sprawia napad choleryczny i t. d.

Wglądnijmy obecnie bliżej w podstawy teoryi lokalistycznej a kontagionistycznej.

Za lokalistyczną teoryą przemawia ta okoliczność, że w Indyach, ojczyźnie cholery azyatyckiej, cholera panuje endemicznie w pewnych miejscowościach a nie w pewnych

klasach ludności. Ponieważ jednak z tychże miejscowości endemiczną nawiedzonych cholerą roznosi się przez komunikacyą ludzką, przeto kontagioniści utrzymują, że po za obrębem endemii i człowiek sam może objąć rolę ziemi i klimatu dolnej Bengalii, że wobec tego ziemia i klimat właściwy dla cholery są zbyteczne, gdyż chory sam jako przenośnik istoty zakaźnej zaraża zdrowych bezpośrednio.

Pettenkofer odmawiając prątkowi przecinkowemu Kocha, znajdującemu się w dejektach chorych cholerycznych, własności chorobotwórczych, przyjmuje jako *conditio sine qua non* jedynie miejscową i czasową dyspozycyą. Nie mogąc odpowiedniego przykładu przytoczyć z życia ludzkiego ucieka się do faktu zacytowanego przez Cramera, prof. botaniki w Zurychu, stwierdzającego w życiu roślinnem ważność tej miejscowej i czasowej dyspozycyi ze względu na pojawianie się chorób epidemicznych pomiędzy roślinami. Mianowicie mają niektóre okolice okazywać pewnego rodzaju odporność na pojawianie się chorób tak, że w nich rośliny nie ulegają zarazie, podobnie jak epidemie cholery nie nawiedzają pewnych miejscowości n. p. Lugdunu, Wircburga etc. Tak np. na sosnach pojawia się zaraza tak zwana pierzchnica rdzawa (*Blasenrost*) w dwóch postaciach, z których jedna wydarza się tylko w Alpach, druga na północy, a sosny z tej zarazy żółkną, niszczeją. Zaraza ta jednak nigdy nie pojawia się na płaszczyznach w Niemczech i w pewnych górskich okolicach n. p. w Uitlibergu, Albis, Czarnym Lesie, w Wogezach.... a to dlatego, że pasorzyt t. z. *Chryzomyxa Rhododendri* lub *Chryzomyxa ledi*, będący przyczyną wspomnianej zarazy, musi zmieniać postać i miejsce swego pobytu i żyje w jednej formie na sośnie a w drugiej na liściach róży alpejskiej lub bagna świniego (*ledum palustre*). Wobec tego rozwój i szerzenie się pasożyta na sośnie pozostaje w ścisłym związku z jego rozwojem na róży alpejskiej lub bagnie świniem. W górach, gdzie obok sosny rosną róże alpejskie, tam napotyka się *Chryzomyxa Rhododendri*, które wywoływa epidemiczną zarazę sosien; w północnych krajach, gdzie w miejsce róży alpelskiej rośnie bagno świnie, tam zarazę sosien wywołuje *Chryzomyxa ledi*; gdzie zaś jest brak i róży alpejskiej i *ledum palustre*, tam sosny nie ulegają wspomnianej zarazie. Gdyby jednak udało się, powiada Cramer, n. p. w Uitlibergu zaaklimatyzować różę alpejską i *Chryzomyxa Rhododendri*, niezawodnie pojawiłaby się wspomniana zaraza sosien a odporność tejże okolicy na nią alboby się zmniejszyła znacznie lub by wcale jej nie było.

Warunki miejscowe i czasowe sprzyjające epidemicznemu pojawieniu się cholery upatruje Pettenkofer w odpowiedniej formacyi ziemi i wilgotności. Pojawienie się, wzmaganie lub zmniejszanie się epidemii odnosi P. do stanu wody gruntowej. Wysoki stan wody gruntowej nie sprzyja rozwojowi zarazy, niski zaś jej stan przeciwnie; bo, skoro obniży się poziom wody gruntowej, poprzednio wysoko się wznoszącej, natenczas w ziemi wytwarzają się korzystne warunki dla rozwoju jadu cholerycznego, ktory do niej dostał się wraz z kałem. Rozumie się, iż wpływ wody gruntowej może się zaznaczyć tylko w miejscowościach z ziemią porowatą, łatwo przepuszczającą, a więc na piaskach, już nie tak na pokładach obfitujących w wapno i glinkę, a wcale nie na pokładach okrzemkowych. Że Wircburg jest odporny lub też na niektórych tylko miejscach przystępny dla jadu cholerycznego, ma pochodzić ztąd, że miasto w części położone jest na formacyi okrzemkowej a częścią na gruncie porowatym. Ztąd też i opady deszczowe w Wirburgu inaczej działają jak n. p. w Monachium; gdy bowiem w Wircburgu, pomimo znaczniejszych opadów deszczowych i wyższej temperatury, woda gruntowa nie zalewa piwnic — w Monachium, gdzie są mniejsze opady deszczowe i niższa ciepłota powietrza, rzecz się ma przeciwnie. Podobnie miasta Lugdun, Sztutgart, Wersal i t. d. dlatego nie miały być nawiedzane cholerą, że są zbudowane na gruncie skalistym lub gliniastym lub wreszcie na gruncie bardzo wilgotnym. Podnosi tę okoliczność i Günther w sprawozdaniu o epidemii w Saksonii w r. 1866 (*Verhandlungen der Choleraconferenz in Weimar 1867*) przytaczając na przykład epidemię cholery we wsi Mühlsen St. Jacob. Wieś ta leży w dolinie po obu brzegach przepływającego tamże strumyka. Na jednym brzegu ziemia okazywała pokład gliniasty i tam było mało przypadków cholery; po drugim brzegu, gdzie grunt był piaszczysty i żwirowaty, cholera grasowała bardzo mocno, chociaż sposób życia, zatrudnienia ludności i budowania domów był ten sam i w czasie cholery była żywa komunikacya pomiędzy mieszkańcami obu brzegów.

Z tem jest w sprzeczności przebieg epidemii w Genui, Gothenburgu, Bombaju, miastach, które pomimo, iż są zbudowane całkiem lub w przeważnej części na gruncie nieprzepuszczalnym strasznie nawiedzała cholera we wszystkich ich częściach. Również i Hirsch w (*Handbuch der historisch geographischen Pathologie*) nadmienia, że cholera w Zachodnich Prusiech o wiele mocniej panowała na gruncie gliniastym niż piaszczystym. Koch zaś, aczkolwiek po części przyznaje pewien wpływ stosunkom geologicznym ziemi na szerzenie się cholery, to jednak stanowczo zaprzecza, aby główną rolę odgrywały. Na dowód przytacza wioskę Craponne, pod Lugdunem, zamieszkałą przez same prawie tylko praczki, która była siedzibą cholery azyatyckiej pomimo terenu gliniastego. Że zaś miasto Lugdun dotychczas nie było widownią cholery, pomimo, że ona panowała groźnie w okolicy, tłómaczy Koch tamtejszemi zwyczajami, które nie dozwalają prać mieszkańcom bielizny na miejscu w mieście, lecz w sąsiedniej wiosce Craponne lub w odpowiednich pralniach urządzonych nad wartko płynącym Rodanem, przez co i czynnik etyologiczny szerzenia się cholery przez brudną bieliznę tamże usunięty.

Na dowód, że do powstania epidemii cholery potrzeba koniecznie miejscowej i czasowej dyspozycyi, przytacza Pettenkofer przebieg cholery na okrętach.

Według niego grunt okrętowy nie jest korzystny dla rozwoju cholery. Cholera azyatycka na okręt zawleczona ustaje, skoro okręt wypłynie na pełne morze, jak to można było stwierdzić w r. 1834 na okrętach stojących w okolicy Gibraltaru i Santander; w r. 1837 na okręcie w porcie maltańskim La Valette, gdzie z lądu na pokład zawleczona cholera ustała, skoro okręty wypłynęły na pełne morze. W ogóle epidemie cholery na okrętach są bardzo rzadkie. Na 400 okrętów, które w r. 1873 przewoziły aż 152.135 wychodźców z zakażonych portów Europy do Nowego Jorku, zaledwie tylko na 4 okrętach wybuchła cholera i to na 2 wydarzyło się po jednym przypadku, na jednym trzy a na ostatnim 11 przypadków. (C. d. n.)

II. Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza

(z powodu artykułu Dra Jana Wojtaszka: **O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy**) oparte na obcych i własnych doświadczeniach.

Podał

Dr. Wacław Sobierański,

asystent katedry farmakologii w Marburgu.

Ukazanie się u nas pracy farmakologicznej, noszącej wszystkie cechy oryginalności, nie należy do codziennych objawów polskiej literatury medycznej. Każda taka praca zwraca na siebie uwagę specyalisty; to też z niemałą ciekawością zabrałem się do odczytania rozprawy Dra Jana Wojtaszka: „O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy“, umieszczonej w *Przeglądzie Lekarskim* w Nr. 5, 6 i 7 z r. 1892. Niemiłego jednak doznałem wrażenia, gdyż znalazłem w niej zdania dawno już pogrzebane w Europie.

I tak Dr. J. Wojtaszek prawie zaraz na wstępie (l. c. Nr. 5. s. 54) twierdzi, że „kilkadziesiąt doświadczeń na królikach i psach“ doprowadziło go do następnych rezultatów: „1. Sole żelaza(?) stosowane na skórę nie ulegają wessaniu“. — Na jakiej zasadzie opiera Dr. J. W. to zdanie, zrozumieć trudno, gdyż z jego publikacyi tego przekonania nabrać nie można; nie przytoczył bowiem żadnego doświadczenia w tym kierunku. Sam jestem daleki od wypowiedzenia czegoś stanowczego w tej kwestyi, ponieważ nie robiłem żadnych doświadczeń nad wessaniem żelaza przez skórę; przypomnę jednak, że w literaturze znane jest doświadczenie Chrząszczewskiego[1]), którego przeciwnicy wchłonliwości skóry nie odparli należycie. Tenże wstrzyknąwszy zwierzęciu do żyły szyjnej roztwór żółtego żelazosinku potasu ($Fe\,Cy_6\,K_4$), widział, po 3—5 godzinnej kąpieli, żyły i naczynia włosowate mocno zabarwione na niebiesko. Chrząszczewski więc na podstawie tego faktu i innych doświadczeń oświadcza się za wchłonliwością.

Następnie Dr. J. W. w drugim rezultacie (l. c. Nr. 5, s. 54) mówi, że po podskórnem wstrzyknięciu soli żelaza, „zupełnego wessania z tkanki łącznej podskórnej, jak to utrzymuje Glaevecke, stwierdzić nie mógł, i t. d.“. Temu stanowczo na zasadzie własnych doświadczeń zaprzeczyć muszę; twierdzę bowiem, że, gdyby Dr. J. W. miał więcej cierpliwości, toby się o tem przekonał; również, wstrzykując podskórnie psom słabo alkaliczne roztwory, podwójne winiany żelaza i sodu, nigdy nie otrzymałem ropni ani zgorzeli. To samo potwierdzają i inni (H. Meyer) a w najnowszej pracy (dokonanej w r. 1891 w naszem laboratoryum) Gottlieb[2]), który powiada: „*Die subcutane Injectionen werden vorzüglich ertragen; keine Abscesse oder Schmerz an den Applicationsstellen, von denen nach 1—2 Tagen Alles resorbirt ist*“. Skutki przeciwne przypisują albo roztworom zbyt stężonym, żrącym, nieczysto przyrządzonym, albo też innym przyczynom, ułatwiającym powstawanie ropniów.

[1]) Versuche über die Resorption durch die Haut bei Vollbädern. Wiener med. Woch. Nr. 52, 1870 i Berl. klin. Woch. Nr. 41, 1870.

[2]) Ueber die Ausscheidungsverhältnisse d. Eisens. Gottlieb. Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Bd. XV, Heft 5, 1891, s. 374.

Dalej w 3-cim numerze swoich rezultatów Dr. J. W. poprostu ignoruje rezultaty drugich, które stały się pewnikiem dla wszystkich badaczy, twierdząc, że sole żelaza „podawane wewnętrznie tak do żołądka jakoteż wprowadzone wprost do jelit, głównie połączenia z kwasami organicznemi, ulegają również wessaniu i po kilku godzinach można je wykazać w moczu, a po zabiciu zwierzęcia w nerkach i w wątrobie a to albo przez polanie siarczkiem amonu albo przez polanie przekroju żelazosinkiem potasu, zakwaszonego kw. azotowym, w pierwszym razie występuje zabarwienie czarne, w drugim zielonkowate“ (l. c. Nr. 5, s. 54)“. Gdyby Dr. J. W. znał lepiej literaturę przedmiotu, nad którym zamierza pracować, nie popełniłby tylu zasadniczych omyłek i nie twierdziłby, że wyżej wymienionymi odczynnikami może wykazać wessane żelazo w moczu. Hamburger, który w tym kierunku najlepsze prace (w r. 1876, 1878 i 1880) ogłosił, powiada[1]): „*Ich selbst bekam bei einer Chlorotischen, die durch 3 Wochen täglich 2 Gran pyrophosphorsaures Eisen erhielt, ferner bei einer Frau, die täglich durch 10 Tage 0·2 gr. schwefelsaures Eisenoxydul nahm und schliesslich bei mir selbst, nachdem ich durch 4 Tage täglich 0·5 gr. citronensaures Eisenoxyd genommen, mit dem frischen Harn keine Spur einer Eisenreaktion, weder mit Schwefelammonium noch mit Blutlaugensalzen oder Sulphocyankalium, wenn ich mit eisenfreien Säuren angesäuert hatte*“. To samo spostrzeżenie zrobili już dawniej Becquerel[2]) (1843) i Ihring[3]) (1852) a 1882 r. Müller[4]) kontrolując w swojej doktorskiej rozprawce doświadczenia Hamburgera przychodzi do tychże samych rezultatów, mówiąc: „*Mit diesen drei Reagentien* [$(NH_4)_2S$, $FeCy_6K_4$ i CN. SK.] *wurden 47 Urine, darunter 12 nach Eisenzufuhr, auf freie Eisensalze untersucht und stets ein negatives Resultat erzielt*“. — Tych prac nie zna Dr. J. W., jeśliby jednak zechciał skorzystać nawet z literatury cytowanej przez siebie, to w L. Scherpfie[5]) znalazłby stosowną wzmiankę o pierwszej pracy (z 1876 r) Hamburgera[6]).

Zadziwiony pewnością, z jaką Dr. J. W. wygłasza swoje rezultaty, zrobiłem kilka doświadczeń na psach, kotach i królikach i nigdy nie otrzymałem reakcyi żelaza z wyżej wspomnianymi odczynnikami. I tak psu ważącemu 5150 grm. podawałem w roztworze wodnym do żołądka za pomocą zgłębnika w pierwszych 3 dniach po 0·3 grm. mlekanu żelaza z odpowiednim dodatkiem winianu sodu, podług przepisu Dr. J. W. (l. c. Nr. 6, s. 71). Po upływie tego czasu nastąpiło przeczyszczenie czarne i przykro cuchnące. Przez dalszych 5 dni dostawał pies po 0·6 grm. mlekanu żelaza, również z dodatkiem winianu sodu a ostatniego dnia 2 grm. mlekanu żelaza, tak samo roztworzonego. Pies na drugi dzień dostał biegunki, jak poprzednio. Mocz codziennie do-

[1]) Ueber die Aufnahme u. Ausscheidung des Eisens. Hamburger. Zeitsch. f. physiol. Chemie. T. 2, s. 194, 1878—79.

[2]) A. Becquerel. Seméiotique des urines. 1843.

[3]) Untersuchung menschlicher Faeces. I. Ihring. Inaug. Abh. Giessen 1852, s. 315.

[4]) Ueber das Vorkommen von Eisen im Harn bei verschiedenen Krankheiten und nach der Zufuhr von Eisenpraeparaten C. F. Müller. Inaug. Diss. Erlangen 1882, s. 8.

[5]) Die Zustände und Wirkungen des Eisens Literatur-Studie. L. Scherpf. Würzburg 1877, s. 126.

[6]) Prager Vierteljahrsh. 130, 148, 1876.

bywany kateterem, o jednej godzinie, n i e d a ł z Am_2S, $FeCy_6K_4$ i CNSK ż a d n e g o o d c z y n u. Również u tego i drugiego psa oznaczałem codziennie aparatem T h o m y ilość ciałek czerwonych i białych zawartych w milimetrze sześć. krwi; o wyniku tego badania wspomnę później.

Odmienny rezultat otrzymałem, jeżeli przedtem zwierzę (kotka 2550 grm. ważąca) mocno znarkotyzowano chloralem (1·5 grm. w 10% roztworze wodnym), a w godzinę później, również do żołądka, wprowadziłem 2 grm. mlekanu żelaza, miałko sproszkowanego i zmięszanego z 10 cm. sześć. wody. Wtenczas następowało nagryzienie błony śluzowej żołądka (sekcyą stwierdzone) i, jeżeli dawka chloralu wystarczała do p o w o l n e g o zabicia zwierzęcia (co jest indywidualnem), to po 20—32 godzinach mogłem w moczu wykazać siarczkiem amonu lub żelazosinkiem potasu bardzo nieznaczne ślady żelaza. Lecz to są wyniki, których w rachubę brać nie można! Króliki zachowują się cokolwiek odmienniej od psów i kotów. Podczas, gdy te ostatnie szczególnie obronne większą odpornością kanału pokarmowego i ośrodkiem wymiotowania, nigdy nie ginęły, nawet po dużych (2—3 gr.) dawkach mlekanu i innych soli żelaza, to króliki, nie posiadając tych warunków, ginęły już po dość nieznacznych dawkach (0·3 grm. mlekanu żelaza) w 6 lub 9 dni wśród objawów wstrzymania wydzielania się moczu, które występowało w ostatnich kilkunastu godzinach. W moczu jednak przedtem oddanym nigdy nie mogłem wykazać żelaza wyżej wymienionymi odczynnikami. Chcąc zaś przekonać się, czy n e r k i lub w ą t r o b a — tkanka a nie krew w niej zawarta — jest przyczyną tych reakcyj, należałoby Drowi J. W. te organa przestrzyknąć wodnym roztworem soli 0·75% lub roztworem cukru trzcinowego, jak to Z a l e s k i [1]), G o t t l i e b [2]) i inni czynili.

H a m b u r g e r [3]) widząc, że zwykłymi sposobami nie może wykazać żelaza w moczu, zaczął, na wzór innych (T i e d e m a n n i G m e l i n [4]), B e c q u e r e l [5]), S c h r o f f [6]), B e r g e r o n i L a m a i t r e [7]) i inni) oznaczać je w popiołach moczu. Autor ten w drugiej swojej pracy podaje parę doświadczeń zrobionych na psach, u których po wprowadzeniu siarkanu żelaza do żołądka, znalazł bardzo nieznaczną zwyżkę nieprzekraczającą granic błędu wśród rozbioru i dziennego wahania w wydzielaniu żelaza. Przytem powiada: *„merkwürdig ist dabei aber, dass diese zugewachsene Eisenmenge im Harn nicht durch Schwefelammonium nachweisbar war“*, z czego przypuszcza, że żelazo występuje w moczu, tylko w połączeniach podobnych do hematyny. — W r. 1880 H a m b u r g e r [8]) zajmuje się wydzielaniem żelaza ze żółcią, lecz wychodząc z założenia, że zresorbowane substancye z przewodu pokarmowego powinny obficie występować w moczu i żółci, nie posuwa tej kwestyi dalej.

[1]) Badania nad żelazem wątroby. S. Sz. Z a l e s k i. Gazeta Lekarska 1886 r.

[2]) l. c. s. 373.

[3]) Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens. H a m b u r g e r. Z. f. physiol. Chemie, 2-gi tom, s. 191.

[4]) T i e d e m a n n u. G m e l i n. Versuche über die Wege, auf welchen Substanzen aus dem Magen und Darmkanale in das Blut gelangen. Heidelberg. 1820.

[5]) l. c.

[6]) D. S c h r o f f. Lehrbuch d. Pharmakologie. Wien 1856. s. 157.

[7]) Arch. gén. de médecine [6] 4, p. 73. 1864.

[8]) Ueber die Aufnahme u. Ausscheidung des Eisens. H a m b u r g e r. Zweite Abhandlung. Z. f. physiol. Chemie. IV t. 1880.

To twierdzenie H a m b u r g e r a, przyjęte prawie powszechnie, jest kompletnie mylne; wiadomo bowiem, iż nie wszystkie substancye, po wessaniu z przewodu pokarmowego, ukazują się w moczu, jak to M. H a y [1]) dowiódł, dla siarkanu magnowego, w swojem studyum nad solami. Wiemy także, że niektóre sole (morfina i t. d.) nawet podskórnie użyte, a więc napewno krążące w ciele, nie ukazują się zupełnie w moczu, albo ukazują się tylko w nieznacznych ilościach.

Sam zaś opierając się na pracy K u n k e l a [2]) i innych a w części na własnem spostrzeżeniu, p r z y p u s z c z a m, że sole żeleziste użyte wewnętrznie mogą być wessane. Doświadczenie swoje zrobiłem parę lat temu na dwóch szczurach karmionych okruchami chleba, zwilżonemi paroma kroplami roztworu soli żelezistych (*ferri sulfurici* albo *ferri tartarici*); po 10 dniach szczury te zabiłem i wątroby po przestrzyknięciu roztworem soli fizyologicznym włożyłem do siarczku amonu. To samo uczyniłem z wątrobami (również przestrzykniętemi) dwóch szczurów, które karmiono tylko chlebem bez żelaza. W kilka godzin wystąpiło mocniejsze zczernienie wątrób szczurów żywionych żelazem, aniżeli tych, które wzięto ze zwierząt tylko chlebem karmionych. — Do tej jednak reakcyi nie przywiązywałem znaczenia, gdyż żelazo w wątrobie mogło było powstać z upośledzenia odżywiania się szczurów, które podczas trwania doświadczenia traciły apetyt i chudły. Mniemanie to poparte zostało spostrzeżeniem, że druga wątroba pochodząca ze szczura tylko głodzonego, wykazała w siarczku amonu w równym czasie to samo zabarwienie. A wiemy, że wątroba wśród upośledzenia odżywienia, gromadzi rozmaite związki organiczne żelaza, powstałe prawdopodobnie z krwi, a trwałość ich jest rozmaita. K u n k e l [3]) zaś zrobił to samo spostrzeżenie na nieprzepłukanej wątrobie myszy, które popiera jeszcze kilkoma doświadczeniami, i dopiero wtenczas oświadcza się za prawdopodobną resorbcyą użytych wewnętrznie soli żelezistych. Tenże autor na końcu swojej pracy powiada: *„Soviel scheint aus allen Versuchen hervorzugehen: so e i n f a c h, wie man sich früher die ganze Frage zurecht legte, i s t s i e d o c h n i c h t“*.

To, co powiedziałem o solach żelezistych, da się zastosować do wszystkich specyfików polecanych szumnemi reklamami (hemol, hemogallol [4]), hematogen Pfeuffera, hemoglobina [5]) i t. d.), że ich resorpcya a jeszcze mniej skuteczność lecznicza nie jest dowiedziona, chociaż nie przeczę, że niektóre z nich mogą być wessane, jak również nie przeczę temu, że połączenia żelaza znajdujące się w pożywieniu (n. p. dobrej pieczeni i t. d.) są resorbowane! [6])

[1]) Experimental investigation of the physiological action of saline cathartics. M. H a y. Edinburgh 1884, s. 162.

[2]) Zur Frage der Eisenresorption. A. J. K u n k e l. Arch. f. die gesammte Physiologie, 50. Bd., s. 1, 1891.

[3]) l. c. s. 11.

[4]) H e m o l i h e m o g a l l o l są to przetwory ciemnego pochodzenia, wydobyte przez K o b e r t a z barwika krwi, przy pomocy środków odtwarzających (cynku i pyrogallolu) o niewiadomym składzie chemicznym. Hemol podobno zawiera ślady cynku, który podług „guter Praktiker (?)“ (wyrażenie użyte w poleceniu tegoż środka przez M e r c k a) ma podnosić wartość tego przetworu.

[5]) H e m a t o g e n i h e m o g l o b i n a Pf. są produktami również z krwi.

[6]) W ostatnich czasach M a r f o r i opisał (Arch. f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie, tom 29, s. 212) przetwór

Inne publikacye oświadczające się za resorpcyą żelaza na zasadzie farmakologicznego działania jak n. p. opisane przez Schulza[1]) doświadczenia na studentach z półtorachlorkiem żelazowym robią wrażenia wywołanych sztucznie zaburzeń żołądkowo-jelitowych, ale nic nie przyczyniają się do wyświecenia kwestyi leczniczej żelaza.

Czwarte twierdzenie Dra J. W., że „żelazo wydziela się głównie przez błonę śluzową jelit, oprócz tego w znacznej ilości z żółcią, w bardzo małej zaś z moczem (Tiedemann, Gmelin, Jacobi)", nie wiem, dlaczego mieści się pomiędzy jego rezultatami, gdyż, o ile z publikacyi autora widać, nad tem nie robił on szczegółowych doświadczeń, a tylko parę razy znajdują się wzmianki o moczu i raz o reakcyi z siarczkiem amonu zrobionej „za życia(?) zwierzęcia" w jelitach. O badaniu żółci nic nie wspomina.

Twierdzenie to jest zresztą błędnie wyrażone, gdyż zachodzi pewna różnica, czy aplikujemy sole żelaza wewnętrznie, czy też podskórnie lub wprost do krwi. O wydzielaniu żelaza moczem, po wewnętrznem użyciu, już wyżej powiedziałem; co zaś do żółci, to ta podług Hamburgera[2]) jeszcze mniej ma udziału w wydzieleniu żelaza, aniżeli nerki. Inaczej ma się ta sprawa, gdy wstrzykniemy roztwory żelaza pod skórę lub wprost do krwi; po tej manipulacyi żelazo ukazujące się w moczu można wykazać siarczkiem amonu i t. p. odczynnikami. Wtenczas podług Jacobiego[3]) do 10% wstrzykniętego żelaza wydziela się z moczem, żółcią i sokiem jelitowym (z których 1—5%[4]) przypada na mocz a nie „10%" jak mylnie cytuje Dr. J. W.), około zaś 50% jest złożonych w wątrobie, a reszta w innych organach. Gottlieb[5]), dłużej obserwując swoje zwierzęta, doszedł do przekonania, że „*die Epithelien des Darmkanals die Fähigkeit besitzen, diese nach und nach, aus der Leber, in den Kreislauf eintretenden Eisenmengen in sich aufzunehmen und in den Darminhalt auszuscheiden*". — Oto są dwie najnowsze prace nie uwzględnione przez Dra J. W.

Dalej w numerze piątym swoich rezultatów (l. c. Nr. 5, s. 55) powiada Dr. J. W., że najlepszemi do użycia podskórnego jakoteż wewnętrznego okazały się sole żelazowe, a między temi, „ich połączenia z kwasami organicznemi jako połączenia podwójne" i że „po tych połączeniach występowały wszystkie objawy ostrego działania żelaza, w małych dawkach podawane przez dłuższy czas wywoływały zwiększenie się ilości ciałek krwi czerwonych i przekrwienie szpiku kostnego i t. d.".

Po pierwsze podwójne sole żelaza z kwasami organicznemi już 10 lat temu polecili H. Meyer i F. Williams[1]) na zasadzie obszernej pracy — po drugie twierdzi tutaj Dr. J. W. — o ile go zrozumieć mogę, że „po użyciu podskórnem i wewnętrznem tych połączeń występowały wszystkie objawy ostrego działania żelaza" (l. c. Nr. 5, s. 55), a więc zatrucie — w drugiej zaś dawce swoich wniosków pomieszczonej na końcu (l. c. Nr. 7, s. 85) ogłasza Dr. J. W., że „podawaniem wewnętrznem połączeń żelaza nawet w wielkich dawkach(?), wykluczywszy połączenia żelaza żrąco działające, nie można(!) wywołać żadnych objawów zatrucia". Pytam się więc, które zdanie mam uważać za odpowiadające jego przekonaniu?

Po trzecie, mówiąc o zwiększeniu się ilości ciałek krwi, należałoby Drowi J. W. chociaż przytoczyć parę skromnych cyfr, popierających to twierdzenie. Tymczasem kontrolując to zdanie przez doświadczenie na psie (5150 grm. ważącym, o którym wyżej była mowa) otrzymałem zawsze znaczne powiększenie się ilości czerwonych ciałek krwi, skoro tylko pies dostał biegunki, co stało się 3. i 11. dnia (wtenczas liczba ciałek krwi podniosła się z 5.210,000 w mm. sześć., 3-go dnia na 6.140,000 a 11-go dnia 6.800,000). — Lecz tego chyba przypisać nie można specyficznemu działaniu żelaza? U dwóch psów, którym długo (przez 3 tygodnie) podawałem dziennie do żołądka po 0·05—0·1 grm. *ferri tartarici*, nie znalazłem żadnego powiększenia się wychodzącego poza granicę wahań zwykłych i nieuniknionego błędu przy rachowaniu czerwonych ciałek krwi. A o ile ich ilość może się podnieść po przeczyszczeniu, dowodzi praca Zawadzkiego[2]). (Dok. nast.)

wydobyty z białka o stałej ilości żelaza (0·702%), podobny do hematogenu Bungego (Zeitsch. f. phys. Ch. T. IX, s. 49), lecz odróżniający się od ostatniego przez swoją rozpuszczalność w zakwaszonym kw. solnym alkoholu. — Doświadczenia M., jak również sam przetwór, który podobno ma się resorbować w ilości do 56%, potrzebują potwierdzenia.

[1]) Zur Wirkung u. Dosirung des Eisens. Prof. H. Schulz. Therapeut. Monatshefte, II. Jahrg. 1888, s. 11.

[2]) Zeitsch. f. physiol. Chemie. Tom IV, s. 248.

[3]) Ueber das Schicksal der in das Blut gelangten Eisensalze. C. Jacobi. Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie, t. 28, s. 264.

[4]) Ueber Eisenausscheidung aus dem Thierkörper nach subcutaner u. intravenöser Injection C. Jacobi. Inaug. Diss. Strassburg 1887, s. 31. — Spostrzeżenia zaś Damaskina (Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat, Tom VI, 1891, s. 40), że po wstrzyknięciu podskórnem 14 mg. Fe w formie cytrynianu żelazowego u człowieka niedokrewnego, 40·18% wstrzykniętej ilości żelaza ukazało się w moczu bez wstąpienia w trwalsze połączenie, dotychczas nikt jeszcze nie potwierdził.

[5]) Zeitsch. f. physiol. Chemie. Bd. XV, s. 384. 1891.

[1]) Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie. T. XIII. s. 74.

[2]) Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0·7% roztworu soli kuchennej na krew i mocz po silnem zgęszczeniu krwi. J. Zawadzki. Pamiętnik Lekarski. 1889. Warszawa.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

H. Frenkel: **O wpływie przecięcia nerwów zwężających naczynia, oraz nerwów czuciowych na rozwój zakażenia wąglikiem (karbunkułem).**

Wpływ miejscowego przekrwienia, powstałego wskutek porażenia nerwów naczynioruchowych, na przebieg spraw zapalnych studyowało już przed Frenklem kilku badaczy. Doświadczenia robiono przeważnie na uszach królików z paciorkowcami róży, które po przecięciu nerwu współczulnego szczepiono królikom; rezultaty badań tych wypadły bardzo niezgodnie. Roger n. p. twierdzi, że w uchu przekrwionem zapalenie szybciej ustępuje oraz jest słabszem, aniżeli na uchu niedokrewnem. (Według Cl. Bernarda, Kussmaula, Samuela po przecięciu nerwu współczulnego po jednej stronie występuje niedokrewność ucha po drugiej stronie) Ochotin doszedł do wręcz przeciwnych wniosków. Wszyscy autorzy zgadzają się tylko na to, że w uchu przekrwionem zapalenie występuje prędzej, niż w uchu prawidłowem lub niedokrewnem. Virchow i Samuel są zdania, że porażenie naczynioruchowe w ogóle opóźnia ustąpienie sprawy zapalnej; Snellen zaś twierdzi, że porażenie to przyśpiesza powrót do stanu prawidłowego.

Po przytoczeniu 4-ch odnoszących się do tego doświadczeń Arloinga, opisuje autor swoje doświadczenia na królikach w ten sposób robione, że po przecięciu nerwu współ-

czulnego po jednej stronie szczepiono czystą hodowlę wąglika lub też krew zwierzęcia niedawno na wąglik padłego w ucho królika po tej samej stronie, po której nerw przecięto. Równocześnie dokonywano tychże samych szczepień na królikach, którym nerwu współczulnego nie przecięto.

Wyniki doświadczeń tych były następujące: Po wywołaniu zakażenia miejscowego, porażenie naczynioruchowe nie chroni bynajmniej zwierzęcia od zakażenia ogólnego, opóźnia jednak w każdym razie jego śmierć. Zjawisko to tłómaczy autor 1) powiększeniem się przepacania (*diapedesis*), które według Miecznikowa gra tu ważną rolę, i 2) podwyższeniem ciepłoty ucha, w którem sprawiono porażenie naczynioruchowe, gdyż według Chauveau ciepłota 42° wpływa szkodliwie na rozrost laseczników wąglika. Króliki, którym przecięto nerw współczulny, okazywały się częściej odpornymi na przyrzut wąglika, aniżeli króliki, którym nerwu tego nie przecięto.

Czas szczepienia po przecięciu nerwu nie ma żadnego wpływu na skutki zakażenia.

W drugim szeregu doświadczeń szczepił autor hodowle wąglika w ucho królików, którym poprzednio poprzecinał nerwy czuciowe danego ucha, t. j. wielki nerw uszno-szyjny, oraz mały nerw uszny. Ażeby dać króliki do kontroli służące w te same warunki, w których znajdywały się zwierzęta do doświadczeń użyte, przecinał im autor te same nerwy po stronie przeciwnej. Doświadczenia te nie dały rezultatów zupełnie pewnych; zdaje się, że po przecięciu odpowiednich nerwów czuciowych śmierć następowała szybciej, niż u innych królików i to tem szybciej, im dłużej trwała miejscowa nieczulica. Skutki doświadczeń tych nie są jednak zupełnie czyste dla tego, że przecinając nerwy czuciowe, przecina się równocześnie pewną ilość nerwów naczynioruchowych, co wobec wyż zestawionych skutków zaciemnia rezultat doświadczeń. Zwierzęta, którym przecięto nerwy czuciowe okolicy, w którą później szczepiono wąglik, okazywały się mniej odpornemi na ten przyrzut, niż króliki zdrowe. (*Arch. de med. exper. et d'anatomie path. 1re Ser.* T. IV. 1892). *K. Klecki.*

Chirurgija.

W. Wagner: Przyczynek do poznania działania broni palnej o małym kalibrze.

Autor, będący szefem oddziału chirurgicznego w szpitalu załogowym w Przemyślu, leczył tamże od marca 1889 po wrzesień 1892 r. 37 rannych od broni palnej Mannlicherowskiej (8 m. m.). Pomiędzy tymi było 33 rannych od ostrych nabojów, 3 od nabojów do ćwiczeń używanych t. j. takich, w których kulę metalową zastępuje zatyczka z czerwonej i szarej bibuły, lecz zresztą kształt i rozmiary pocisku są zatrzymane; w jednym zaś przypadku nie wiadomo, jakiego użyto naboju. W rzędzie tym jest 17 przypadków samobójstwa, bądź dokonanego, bądź usiłowanego, 14 przypadków rozmyślnego zranienia samego siebie celem uchylenia się od służby wojskowej i 6 zranień przypadkowych.

Samobójcy przeważnie, bo 10 razy, wypalili w głowę, przykładając lufę do szyi pomiędzy ramionami żuchwy a kością gnykową. Samobójcy ci padli, jakby piorunem rażeni. Rany postrzałowe odpowiadały wielkości pocisku, w trzech tylko przypadkach były większe, dochodząc wielkości czworaka. Obwódka naokoło rany była przypalona. Wylot tychże ran postrzałowych był większy a ubytek w kości jeszcze większy, aniżeli rana skórna. Od rany w kościach rozciągały się rozległe pęknięcia; w kanale postrzałowym miąższ mózgu był zmiażdżonym. Obrażenia te były jednak znacznie mniejsze, aniżeli u samobójców bronią 11 milimetr. Werndla. Dwóch samobójców przestrzeliło sobie twarz i obaj wyzdrowieli. W pierwszym przypadku rana postrzałowa w okolicy podszczękowej, odpowiadająca wielkości pocisku a wylot na policzku prawym. Strzał padł w tym kierunku, bo samobójca, wypalając, głowę mocno przechylił ku tyłowi. Wynikiem było znaczne kalectwo: ślinotok, bo usta zamknąć zdoła tylko z największym wysiłkiem, śmiech i gwizdanie niemożebne, mowa mało zrozumiała. W drugim przypadku strzał padł przedwcześnie i pocisk skaleczył dolną powiekę oka lewego i gałkę oczną lewą. Trzynasty samobójca przeszył sobie lewą połowę klatki piersiowej. Rana postrzałowa ma 8 milim. średnicy i takiż wylot, kanał postrzałowy w płucu drożny dla małego palca, serce skurczone ma rynienkowaty ubytek pomiędzy prawym przedsionkiem a komórką, żebra nie uszkodzone. Następny samobójca strzelił sobie w brzuch i umarł w 13 godzin. Rana postrzałowa w lewym podżebrzu, okrągła, o średnicy, 7 — 8 mm., wylot w linii pachowej tylnej 8 mm. w średnicy o brzegach nieco na zewnątrz podwiniętych. Pocisk przeszył sieć, jelito na przedniej i tylnej powierzchni na przestrzeni półcentówki, zmiażdżył dolny brzeg śledziony i przebił przeponę nie naruszając płuca. Jama otrzewnowa wypełniona krwią; o kale nie ma wzmianki.

Pomiędzy trzema przypadkami samobójstwa usiłowanego dwóch mierząc w piersi przestrzeliło sobie ramię, lecz w obu przypadkach broń przedwcześnie wypaliła. W pierwszym przypadku rana postrzałowa okrągła, miała 8 mm. w średnicy i brzegi postrzępione, wylot jej okrągły, 1 cm., o brzegach podartych. Kość była zmiażdżona w drobne kawałki. Autor oczyścił ranę i wydobył odłamki kości rozszerzywszy ranę zewnętrzną na 10 cm. Rany wygoiły się po 123 dniowym pobycie w szpitalu, lecz pozostał staw rzekomy tak, że kończyny wcale nie mógł używać, do pracy. Później jednak jeszcze trzykrotnie przecinać autor musiał ropnie, z których wydoby odłamki kości długie na 2—4 cm. Po wyleczeniu ropniów wycięto rzekomy staw i spojono kości. Chory opuścił szpital w blisko 5 miesięcy po operacyi z stawem rzekomym wprawdzie, jednakże kończyną skróconą, obecnie o 9 cm., mógł nieco władać. Ciekawem jest, iż chory ten nabawił się 11go dnia po operacyi reumatyzmu stawowego, który wszystkie większe stawy zajął z wyjątkiem stawów chorej kończyny. W drugim przypadku pocisk również zmiażdżył lewe ramię zadając ranę postrzałową na 2 cm. szeroką a na 1 cm. długą z wylotem na $2\frac{1}{2}$ cm. szerokim a na $1\frac{1}{2}$ cm. długim. Chory ten wyleczył się po 19 dniowym pobycie w szpitalu. Kostnina bardzo gruba, łokieć nieco mniej ruchomy, zdolność do pracy zadowalniająca.

Trzeci przestrzelił sobie brzuch. Rana postrzałowa okrągła, mająca 8 mm. w średnicy, tuż poniżej lewego łuku żebrowego, w linii pachowej przedniej a wylot 10 mm. w średnicy mający, znajduje się 11 cm. ku tyłowi od powyższej rany. Dwunastego dnia prawidłowa dotąd ciepłota ciała podniosła się do 39,6°C i nastąpił krwiotok z wylotu rany postrzałowej, który się powtórzył dnia następnego. Rozszerzywszy ranę, odsłonił autor jamę, wielkości dwóch pięści, wypełnioną strzępkami mięśniów i skrzepami krwi, którą po oczyszczeniu wypełnił gazą jodoformową. Odtąd rany goiły się bez zaburzenia a zabliźniły się w 3 miesiące.

Pomiędzy 14 przypadkami zranienia samego siebie celem uchylenia się od służby wojskowej 8 przestrzeliło sobie wskaziciel prawy, co jest specyalnością galicyjskich żołnierzy iż oparłszy broń o ziemię, trzymając lufę ręką lewą, przykładają wskaziciel prawy na koniec lufy a palcami nóg spuszczają kurek. Dwóch przestrzeliło ksiuk, trzech dłoń prawą, jeden wreszcie ramię lewe zadając sobie ranę tylko w częściach miękkich.

Sześciu wreszcie zostało postrzelonych przypadkowo. W jednym przypadku padł strzał z odległości 30—40 kroków. Rana postrzałowa o średnicy 8 mm. tuż ponad prawym więzem Pouparta. Brzeg rany na wewnątrz podwinięty, nierówny; wylot jej lejkowaty, na pośladku prawym, o brzegach nierównych, postrzępionych, mający w średnicy 3 cm. Brak czucia w całej kończynie dolnej prawej. Czwartego dnia rozpoczynająca się zgorzel palców postępowała następnych dni, ciepłota ciała dochodziła do 41·0°C; musiano przeto amputować udo a później reamputować z powodu dalszego postępuzgorzeli, przyczem pokazało się, iż zropiał skrzep tętnicy udowej aż do więzu Pouparta. Nastąpiło wyleczenie. Drugiemu przestrzelono pierś z odległości 20 kroków. Nie poczuł on przytem żadnego bólu, uszedł jeszcze 15 kroków, potem upadł i sprawdzono ranę przeszywającą szczyt prawego płuca. W ciągu 7 dni wygoił się i służy da-

lej. Trzeci postrzelony został z odległości 400 kroków, klęcząc podczas strzelania do tarczy poza wałem ochronnym, przyczem doznał uszkodzenia części miękkich prawego ramienia i uda.

Nabojami używanemi do ćwiczeń (*Exercierpatrone*) a opisanymi powyżej postrzelony został przypadkowo żołnierz w łopatkę z małej odległości. Rana okrągła o średnicy 1 cm.; zatyczkę papierową wydobyto z przewodu na 5 cm. długiego tuż koło zewnętrznego brzegu łopatki. Siódmego dnia wystąpiły przypady tężca a w 4 dni później chory umarł. Dwóch zaś żołnierzy doznało postrzałów uda takimi samymi nabojami z małej odległości. W obu przypadkach pocisk utkwił w częściach miękkich, wydobyto go a wyleczenie nastąpiło w jednym w 12, w drugim zaś w 38 dniach.

Wyniki swoich spostrzeżeń porównywa Wagner z wynikami innych autorów i z doświadczeniami. W obec stosunkowo małej dotąd liczby zranień tą bronią każdy przyczynek jest nader cennym; wyjaśnia bowiem działanie nowoczesnych pocisków, co dla lekarza powołanego do niesienia pomocy rannym w przyszłej wojnie wielkie ma znaczenie. Opis przypadków ilustruje 8 rycinami w tekście, fig. 5. jednakże, przez pomyłkę widocznie, przedstawia wskaziciel lewy zamiast prawego na końcu lufy. (*Klinische Zeit- und Streitfragen.* Tom VI, zeszyt 8 i 9. 1892). *Dr. Bogdanik.*

R. Wiliams: **Spostrzeżenia w przedmiocie ogólnej patologii raka, osobliwie sutka.**

Pod względem wpływu płci, to na 7878 raków przypadło 2861 na mężczyzn a 5017 na kobiety, co równa się stosunkowi jak 1:1·7. Ta znaczna przewaga raków u płci żeńskiej tłumaczy się szczególniejszem przez tę chorobę nagabywaniem macicy i sutka. Jakoż z innych znów 7297 przypadków raka rozdzielonych na 2669 mężczyzn i 4628 kobiet przypada z raków u kobiet 40·3% na sutek a 34% na macicę. U mężczyzn zaś najpospolitszym był rak w jamie ustnej a wynosił tylko 26·4% raków u nich spostrzeganych.

Śmiertelność z raka jest największa u obydwóch płci między 55. a 65. rokiem życia; rak zaś sutka pojawia się najczęściej w 48. roku.

Bardzo ciekawy jest związek między rakiem a barwą włosów i oczu. Z barwą ciemną o wiele częściej rak się schodzi razem, niż z barwą jasną, co się tyczy osobliwie u kobiet. Z 256 kobiet chorych na raka było 150 ciemnowłosych a 100 jasnowłosych. Stosunek ten, przynajmniej w Londynie, tem bardziej uderza, iż z ludności tamtejszej ma tylko 43% włosy ciemne, 57% zaś ma jasne.

Pod względem ras jest wprost przeciwnie; w rasie białej rak jest dwa razy pospolitszy, niż w rasie czarnej. Dalej uwagi jest godnem, że w Ameryce północnej rak jest znacznie rzedszy niż w Europie, a stosunek ten wyraża się liczbami 2·22 dla Ameryki, 4·3 do 6·1 dla Europy. W krajach podzwrotnikowych jest rak rzadki, częsty zaś w Chinach. — Pod względem społecznym wypada ze statystyki Williamsa, że rak jest pospolitszy w klasach zamożniejszych, wśród ludności rolniczej i rzedszej, niż u ubogich, u ludności fabrycznej i gęsto zamieszkałej. (*Medical chron.*, sierpień, wrzesień i październik 1892). *D.*

Choroby wewnętrzne.

Liebermeister: **O wrzodzie okrągłym żołądka.**

Co się tyczy umiejscowienia wrzodu, jego rozwoju i patogenezy, prof. L. podaje znane wszystkim szczegóły i pod tym względem nie łatwo o jakieś nowe odkrycia. Powstawanie wrzodu tłómaczy sobie prof. L. obumarciem (nekrozą) pewnej cząstki błony śluzowej wskutek zaburzeń w krążeniu lub też wskutek miejscowego wynaczynienia na powierzchni błony, której ta część ulega strawieniu przez sok żołądkowy, wskutek czego powstaje lejkowaty ubytek w żołądku. W jaki jednak sposób powstaje i zkąd pochodzi zaburzenie w krążeniu, nie umie objaśnić, podając zator lub zakrzep małej tętniczki jako może przyczynę nekrozy. Z ogólnych przyczyn przede wszystkiem wymienia niedokrewność, w której wynaczynienia bywają dość częste. Nie zgadza się natomiast na twierdzenie (głównie przez szkołę krakowską popierane), aby powiększenie się kwasoty soku żołądkowego mogło być przyczyną wrzodu, chociaż w innych warunkach usposabiających i ta okoliczność może ułatwić powstanie wrzodu.

Co do objawów kładzie główny nacisk na bóle, zwłaszcza po jedzeniu a nie mniej też i za uciskiem na dołek podsercowy. Wymioty treścią spożytych pokarmów, zawsze prawie z oddziaływaniem bardzo kwaśnem, czasami wymioty krwawe, przypady trudnego trawienia (dyspepsyi) i następowe żaburzenia w ogólnem odżywianiu byłyby głównymi objawami tego cierpienia.

Co do zejścia i przebiegu, uważa wrzód żołądka za cierpienie uleczne, chociaż leczenie wymaga długiego czasu. Niekiedy jednak może przyjść do gwałtownych krwotoków, przedziurawienia żołądka i zapalenia otrzewny z zejściem śmiertelnem lub też wrzód może się zagoić, wytworzyć się blizna najczęściej w odźwierniku, który się zwęża i wówczas rozstrzeń żołądka będzie jego następstwem. W przewlekłych przypadkach najczęściej jeszcze przyłącza się do wrzodu gruźlica. Co do samego rozpoznania choroby, podaje te same objawy rozeznawcze, o jakich już wspomniałem, a brakowi kw. solnego w soku żołądkowym w raku żołądka nie przypisuje wcale tak doniosłego znaczenia, jak to przypuszcza Velden i szkoła krakowska.

Wrzód żołądka leczy prof. L. w ten sposób: Co dzień zrana na czczo poleca choremu pić po $\frac{1}{2}$ litra rozczynu soli karlsbadzkiej o cieplocie 35 C. w przeciągu $\frac{1}{2}$ godziny (łyżeczka lub nawet łyżka soli na $\frac{1}{2}$ litra wody) i to ma wywołać dwa wolne wypróżnienia. Jeżeli niema wolnych stolców, to zamiast łyżeczkę na $\frac{1}{2}$ litra bierze się łyżkę lub i więcej. Chory musi leżeć w łóżku przez 4 tygodnie nie ruszając się wcale. Dopiero w $1\frac{1}{2}$ godziny po wypiciu wody karlsbadzkiej wolno mu coś spożyć. Podczas tej kuracyi chory dostaje tylko zupę i mleko w ilości, jakiej sam chce, jednak na raz nie powinien pić wiele i najlepiej ciepłe. W przypadkach, w których picie wody sprawia wymioty, należy zacząć od małych porcyj i powoli je powiększać, albo też z początku dawać do picia tylko wodę karlsbadzką (*Schlossbrunn*) i powoli zacząć dodawać soli, aby codzień było po dwa wypróżnienia. Jeżeli i sól karlsbadzka nie przeczyszcza, to dobrze jest na noc dać pigułki: z *Extr. aloes.* lub *Rheum.* Jeżeli chory nie znosi mleka, to można dodawać trochę kawy lub herbaty. Po 4 tygodniach można tę kuracyę skończyć a dla sprawienia stolców podawać proszek: *Magn. carbon. 10·0, Pulv. rad. rhei 20·0, Eleosacch. menth. 10·0* i z tego łyżeczkę na noc, a z jedzenia pozwolić na sucharki, szynkę, cielęcinę obok mleka i zup; natomiast zabrania się zupełnie napojów wyskokowych. Jeżeli po 4 tygodniach z leczenia tego nie było skutku albo tylko skutek nieznaczny, dobrze jest zrobić pauzę i jeszcze raz przez 4 tygodnie toż samo powtórzyć. W razie braku skutku z wody karlsbadzkiej, zaleca prof. L. rozczyn *Argent. nitric. 0·15* na 100 wody i z tego zrana łyżkę, a następnie 2—3 nawet 4, a po wzięciu tego lekarstwa dopiero w $1\frac{1}{2}$ godziny można coś zjeść. Dyeta przy tem leczeniu jest taka sama, jak przy wodzie karlsbadzkiej.

W razie bolesności w dołku i oporu dobrze jest przykładać kataplazmy a w mocnych bólach zadać nawet morfinę wewnętrznie lub podskórnie. — W rozstrzeni żołądka najlepiej jest żołądek przepłukiwać a po przepłukaniu pić wodę karlsbadzką. W krwotokach z żołądka chory musi zachować bezwzględny spokój, nic nie jeść, połykać kawałeczki lodu, położyć worek z lodem na żołądek a obok tego należy dać lewatywę z rumianku z dodatkiem *Tinct. opii* 2—5 kropli, wewnętrznie lub podskórnie morfinę a w razie mocnego krwotoku trzeba nawet wstrzyknąć ergotynę. Prof. L. nie radzi dawać żelaza osobom, u których jest wrzód żołądka obok błednicy lub niedokrewności, lecz poleca żywienie ich mlekiem i leżenie w łóżku dopóty, dopóki nie miną objawy wrzodu. (*Samml. klin. Vortr.* Nr. 61).

Dr. J. Surzycki.

Notatki terapeutyczne.

10) Przeciw cuchnieniu z ust poleca *Journal de Méd. de Paris*, 6. 1892:

Rp. *Thymoli* 0·50
Boracis venetae 1·00
Spir. vini rectific. 2·00
Aquae destil. 1000·00
MDS. Do płukania ust.
lub

11) *Acidi salicylici*
Saccharini
Natri bicarbonici
ãã 5·00
Spir. vini rectificati 150·00

MDS. Po łyżeczce od herbaty dawać do szklanki wody i roztworem tym przepłukiwać usta po kilka razy dziennie.

12) Środek przeczyszczający dla dzieci:

Rp. *Olei ricini* 15·00
Infusi coffeae 60·00
Sacchari albi 20·00
Vitellum ovi unum
M. f. emulsio.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 21. grudnia 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 63.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący oznajmił, że tablicę pamiątkową, cieniom śp. prof. Dra Kopernickiego poświęconą, odsłonięto w d. 3. grudnia 1892 r. w kościele św. Anny; następnie, że Komitet międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie w r. 1893 odbyć się mającego zaprasza Tow. lek. krak. do udziału w swych pracach, w końcu, że Tow. lek. galic. wybrało delegatami do komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego na rok 1893 koll. Madurowicza i Rydla.

3) Towarzystwo przyjmuje do wiadomości niezłomne postanowienie dotychczasowego redaktora Przeglądu Lek. kol. Halbana nie przyjęcia na rok przyszły obowiązków redaktora i jednomyślnie wśród ogólnych oklasków uchwala następujący wniosek przez Komitet Tow. przedłożony: „*Tow. lek. krak. uznając znakomite zasługi położone w ciągu lat 16 przez kol. Halbana około Przeglądu Lek. ofiaruje mu adres ozdobny, w którym da wyraz czci i wdzięczności, jaką dla długoletniego, zasłużonego Redaktora jest przejęte*“.

4) Członkiem czynnym Tow. wybrano jednomyślnie Dra Eugeniusza Borzęckiego.

5) Odbyły się wybory urzędników Tow. na r. 1893. Wybrani zostali: prezesem kol. Łazarski, wiceprezesem kol. Trzebicky, sekretarzem dorocznym kol. Bronisław Olszewski, delegatem do Komisyi sanitarnej miejskiej kol. Jakubowski, redaktorem Przegl. Lek. kol. Domański, członkami komisyi redakcyjnej koll. Cybulski, Mars, Ponikło, Surzycki, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic. i zarazem na Walne Zgromadzenie Drowie Rieger i H. Schramm, członkami komisyi kontrolującej koll. Ściborowski i Śliwiński.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Z zakładu medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

O samobójstwie w ogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892.

Według wykładu w Tow. lek. krak. w d. 7. grudnia 1892 r.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakł. med. sąd. Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Najmłodszy samobójca, który się utopił rozmyślnie, liczył między 10 a 15 lat życia. Samobójstwo między dziećmi nie należy do rzadkich i wyjątkowych zjawisk. Hofmann opisuje chłopca lat 12 liczącego, który, złem świadectwem szkolnem zmartwiony, odebrał sobie życie. W kwietniu 1892 wykonał Hofmann sekcyę 13 letniej dziewczyny, która, gniewem uniesiona na matkę, pozbawiła się życia przez zażycie arszeniku. Durand-Fardel w swej statystyce samobójstw u dzieci w Paryżu, zapisuje jednego 5 letniego samobójcę, kilku 9 letnich, z których jeden pozbawił się życia zmartwiony śmiercią ulubionego ptaka.

Najstarszym samobójcą w Krakowie w ostatnich latach 12 był mężczyzna liczący lat od 70 do 75. Jakkolwiek u ludzi będących na schyłku życia rzadko zdarza się samobójstwo, to jednak nie można przyczyny tego szukać w egoizmie i wielkim pociągu i miłości do życia u starców, lecz raczej w małej liczbie ludzi, którzy póżnego wieku dochodzą.

Średni wiek samobójców waha się między 25. a 30. rokiem życia. W liczbie 181 samobójców było 125 mężczyzn a 56 kobiet; zatem stosunek kobiet do mężczyzn przedstawia się nieco wyższym, niż 2 : 1.

Sposoby, których do pozbawienia się życia używali samobójcy, były następujące: otrucie w 65 przypadkach, strzał w 57 przypadkach, powieszenie się w 28 przyp., zrzucenie się z wysokości w 10 przyp., utopienie się w 6 przyp., poderznięcie się w 3 przyp., śmierć na szynach w 3 przyp., dynamit w 2 przyp. Siedmiu przypadków samobójstwa z roku 1881 nie uwzględniłem z powodu braku szczegółów.

Prawie we wszystkich krajach najpospolitszym sposobem pozbawienia się życia bywa powieszenie się, postrzał zaś i utopienie się rzadszem. Powieszenie wydaje się dlatego najczęstszem, iż nie wymaga żadnych kosztów i przygotowania, sprawia zaś pewną i prędką śmierć.

W statystyce z lat 12 najczęściej otruciem pozbawiano się życia, potem bronią palną — tego sposobu używali wyłącznie mężczyźni, równie jak dynamitu, poderznięcia i położenia się na szynach. U kobiet przeważnie otrucie było sposobem odebrania sobie życia; zrzucenie się z wysokości i utopienie już rzadziej.

Co do motywów, skłaniających do samobójstwa, to były one różne; o ile zaś można je było stwierdzić w niektórych przypadkach, były one następujące. Zmartwienia i nędza były pewnie najczęstszym motywem u samobójców z ludności ubogiej. O ile choroby umysłowe i zamroczenia umysłu w stanach gorączkowych były przyczynami, dwa tylko znane są dokładnie przypadki, i tak jeden obłąkany zrzucił się z okna oddziału dla chorób umysłowych, jeden chory w przebiegu zapalenia dławcowego płuc zrzucił się z okna kliniki lekarskiej w roku 1889. Brak funduszów na zapłacenie weksla skłonił do zastrzelenia się podeszłego mężczyznę w roku 1892, wyrok skazujący na więzienie skłonił mężczyznę do pozbawienia się życia przez rzucenie się pod koła lokomotywy również w 1892 roku; obawa przed ciążą była zapewne w dość znacznej liczbie przypadków motywem do samobójstwa u kobiet; choroby weneryczne, mianowicie wiewiór, (tryper) pchnął ucznia medycyny do samobójstwa. W jednym przypadku samobójstwo było następstwem zamroczenia umysłu, spotęgowanego częstem wywoływaniem hipnozy. Raz wydarzyło się samobójstwo podwójne z miłości.

Bronią palną odebrało sobie życie 57 mężczyzn. Najstarszy z nich miał 70 do 75 lat, najmłodszy 15 do 20 lat,

średni 30 do 35 lat. Do nich należeli wojskowi, z cywilnych zaś przeważnie ludzie z klasy wykształconej, mianowicie uczniowie, urzędnicy i t. d. Najczęściej, o ile to okazuje się z obdukcyj dokonanych w zakładzie medycyny sądowej, używano rewolwerów, rzadziej pocisków z broni większego kalibru mianowicie pistoletów. Najczęściej wybierano do strzału miejsce w okolicy serca. Z 10 przypadków tego rodzaju poddanych sekcyi, okazało się serce cztery razy całkiem nieuszkodzone, natomiast były poszarpane płuca, wątroba lub przepona. Raz serce było nienaruszone a worek osierdziowy był całkiem przedarty; w reszcie przypadków było serce zranione w różnym stopniu a nawet zmiażdżone, zależnie od tego, czy użyto pocisku większego, więc pistoletowego. Zwykle miejsca wejścia kuli znajdywały się w okolicy brodawki sutkowej, nieco poniżej i na wewnątrz od niej. Wedle zapisków i protokołów sekcyjnych zakładu medycyny sądowej strzałów w skroń było dziewięć a to w lewą skroń cztery, w prawą pięć. Strzały w skroń lewą pochodziły z ręki prawej, w prawą z ręki lewej.

W jednym przypadku otwór przewodu postrzałowego znajdywał się w okolicy podobojczykowej lewej. Być może, że pocisk, wymierzony w okolicę serca, zboczył nieco w górę. Trzy przypadki strzałów w usta poddano sekcyi: w dwóch znaleziono mały nabój rewolwerowy; w trzecim zaś u 59 letniego mężczyzny, którego twarz i czaszka były rozsadzone i nie do poznania zniekształcone, dla braku pocisku stałego rozpoznano postrzał ślepy lub wodny.

We wszystkich tych przypadkach, które sekcyonowano, rana zewnętrzna okazywała znaki postrzału z bliska. Często i ręka denata, która cios śmiertelny wymierzyła, była powalana sadzami; stanowiło to dowód niezbity dla rozpoznania śmierci zadanej ręką własną. W trzech przypadkach samobójstwa bronią palną była niewątpliwie chęć naśladowania. Że przykład i naśladowanie może być motywem samobójstwa, wspomina już Orfila w podręczniku medycyny sądowej przez siebie wydanym. Znając osobiście trzech samobójców, którzy w krótkim czasie po sobie życia się pozbawili, mogę twierdzić z wszelką pewnością, iż naśladownictwo, posunięte nawet do wyboru tegoż samego sposobu i narzędzia, było motywem spełnienia czynu. W roku 1882 pozbawił się życia uczeń ósmej klasy gimnazyalnej, liczący lat 20. Pochodził on z domu zamożnego, był uczniem dobrym a motywem samobójstwa stało się *taedium vitae*, które powstało z rozmyślań, iż nigdy nie stanie się sławnym i rozgłośnym. Przejąwszy się nauką o metampsychozie, wypowiadał zdanie, iż życie jego obecnie jest bez wartości i że je warto zakończyć, aby duch uwolniony z mizernego ciała mógł wstąpić w inne doskonalsze. Po dwóch, nieudałych próbach pozbawił się życia postrzałem w serce w obec kilku swych kolegów zajętych nauką. Samobójstwo to popełniono w grudniu 1882. roku. W styczniu roku 1883. a więc w miesiąc później odebrał sobie życie podobnie postrzałem w serce ubogi uczeń IV. klasy realnej, liczący lat 21. Ten ostatni usłyszawszy o samobójstwie poprzedniem, unosił się nad olbrzymią odwagą pozbawienia się życia i wyraził się przytem z gotowością okazania rówej odwagi. Odebrawszy ratę stypendyjną w chwili, gdy przecież nastręczały mu się sposobności do zabaw i lepszego życia, kupił pistolet i w nocy zabił się w mieszkaniu, zajmowanem przez siebie wspólnie z kilku kolegami. W lutym tegoż samego roku skończył samobójstwem uczeń II. klasy gimnazyalnej, liczący lat 17 a pozostający pod wrażeniem dwóch pierwszych przypadków.

Dynamit u nas coraz to więcej rozpowszechnia się wśród ludu, zwłaszcza zaś w okolicach Chrzanowa i Oświęcima. Dynamitu używają wieśniacy w tych okolicach najczęściej do ogłuszania ryb w stawach, celem ułatwienia ich połowu. W tychże samych okolicach posługują się dynamitem do dawania salw przy uroczystościach weselnych i t. d. Stąd to dynamitu użyto już dwa razy w celach zbrodniczych; przypadki te opisał prof. Dr. Halban.

Do samobójstwa użyło dwóch mężczyzn patronów dynamitowych. Jeden z nich, liczący około 25 lat, krewny pirotechnika, wybuchem dynamitu odebrał sobie życie poza rogatką rakowicką w roku 1888. W roku zaś następnym t. j. 1889. pozbawił się życia w obrębie miasta Krakowa mężczyzna, lat 27 liczący, patronem dynamitowem włożonym w kieszonkę lewą kamizelki. Przy sekcyi przedstawił się straszny widok zupełnego poszarpania i zmiażdżenia boku i ramienia lewego; bok cały przedstawiał jednostajną miazgę, złożoną z resztek skóry, mięśni tułowia, odłamków żeber, tkanki płucnej i serca.

Powiesiło się 28 osób a mianowicie 25 mężczyzn i 3 kobiety. Najstarsza z kobiet liczyła 65 lat, najmłodsza 15 lat, średnio 35 do 40 lat. Najstarszy mężczyzna miał 60, najmłodszy 15 lat.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

Dr. O. Kahler, Radca Dworu i profesor patologii i terapii szczegółowej tudzież kliniki lekarskiej w uniwersytecie wiedeńskim, zmarł w dniu 24. b. m. po długiej chorobie.

— Akademia umiejętności francuska zamianowała na posiedzeniu w dniu 12. grudnia 1892 swym członkiem nadzwyczajnym (*libre*) Dra P. Brouardela, profesora medycyny sądowej, dziekana Wydziału lekarskiego i prezydenta Rady zdrowia francuskiej.

— Dr. Władysław Krajewski otrzymał pozwolenie na wydawanie *Przeglądu chirurgicznego*, pisma peryodycznego poświęconego chirurgii, ginekologii, laryngologii, otyatryi i oftalmologii.

— Tow. opieki nad ofiarami zawodu lekarskiego przyznało jednorazowo 1000 franków a rocznie po 200 fr. wdowie po lekarzu Piaseckim, który padł ofiarą cholery w Hawrze.

— Czwarty kongres psychiatryczny francuski odbędzie się w roku bieżącym w La Rochelle od 1. do 6. sierpnia. Na porządku dziennym znajduje się: 1) Rzecz o autointoksykacyi w chorobach umysłowych. 2) O fałszywych zeznaniach obłąkanych przed sądem i 3) O towarzystwach opieki nad obłąkanymi.

— Prezydent policyi w Berlinie wydał nowe rozporządzenie tyczące się akuszerek, którego główne ustępy są:

1) Każda akuszerka pragnąca w Berlinie praktykować winna w przeciągu najwięcej 14 dni przedstawić się osobiście właściwemu fizykowi okręgowemu i przedłożyć mu świadectwo ze złożenia przepisanych egzaminów i przysięgi, dziennik swej czynności, najnowsze wydanie pruskiego podręcznika dla akuszerek i okazać narzędzia i przyrządy w nim wymienione.

2) Akuszerki obowiązane są w praktyce swej trzymać się ściśle przepisów zawartych w urzędowym podręczniku i rozporządzeń wydać się mających w przyszłości.

3) Każda akuszerka ma prowadzić dziennik swych czynności sporządzony według przepisów mieszczących się w wymienionym podręczniku.

4) O każdym przypadku gorączki połogowej równie jak śmierci rodzącej winna akuszerka w przeciągu 24 godzin po przekonaniu się o chorobie a względnie o śmierci donieść komisyi sanitarnej w sposób przepisany.

5) Każda akuszerka ma co trzy lata składać przed fizykiem swego właściwego okręgu w czasie i miejscu przez niego oznaczonem egzamin dodatkowy a w razie niezdania powtarzać go co kwartał.

Do takiego egzaminu dodatkowego ma przynieść akuszerka i okazać egzaminującemu ją lekarzowi okręgowemu najnowsze wydanie podręcznika dla akuszerek, dziennik i przepisane narzędzia i przyrządy.

— Towarzystwo lekarskie erfurckie ogłasza z powodu zamiaru tamtejszych stowarzyszeń ku wspieraniu chorych dopuszczenia do leczenia partaczów lekarskich, iż żaden z jego członków nie może pełnić obowiązków lekarza w stowarzyszeniu dopuszczającem partaczów do praktyki lekarskiej a zarazem uprasza lekarzy zamiejscowych, by w interesie godności stanu nie wchodzili w żadne umowy z towarzystwami w ten sposób postępującemi.

— Z poszukiwań Tarquana wypada, że średnie trwanie życia ludzkiego we Francyi, które przed 50 laty wynosiło 32 do 33 lat, wynosi teraz 40 lat.

Najdłużej trwa życie średnie w departamencie Gers, bo lat 51, po nim idzie Lot et-Garonne z 50 latami. W tych też dwóch departamentach jest najwięcej ludzi mających po 100 lat. Za nimi idzie Normandya z 40 latami. W Korsyce zato średnie trwanie życia ludzkiego wynosi tylko 28 lat i miesiąc.

Średnia trwanie życia u kobiet jest o dwa do trzech lat dłuższe, niż u mężczyzn. Pochodzi to naprzód ztąd, że w młodym bardzo wieku umiera więcej chłopców, niż dziewcząt a następnie, że kobiety podeszłe żyją dłużej niż mężczyźni.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **A. S. w B.** Kwotę 10 rubli otrzymaliśmy, zapłaciliśmy prenumeratę na Przegląd Lekarski za rok bieżący a z resztą postąpiliśmy podług zlecenia.

Sprostowanie. W Nrze 3. w artykule Drów Harajewicza i Podgórskiego na str. 34, szpalcie I, w. 9 od dołu zamiast: „*Jest szybkim*“, powinno być: „*nie jest szybkim*“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.